

DEPARTAMENTUL DE STUDII PARLAMENTARE ȘI POLITICI UE
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ

REGLEMENTAREA
ÎNTRERUPERILOR DE
SARCINĂ ÎNTR-O SERIE DE
STATE MEMBRE ALE UNIUNII
EUROPENE , ÎN MAREA
BRITANIE, SUA ȘI CANADA

studiu documentar

februarie 2026

Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă au caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

Documentele legislative oficiale au fost consultate în limba de origine, iar traducerea informațiilor relevante selectate nu reprezintă o traducere oficială, fiind furnizată ca un mijloc de înțelegere a unui document original, scris în altă limbă.

Baza de date cuprinzând totalitatea studiilor elaborate de Direcția studii și documentare legislativă poate fi accesată prin intermediul paginii de Intranet a Camerei Deputaților la adresa:

<http://www.cdep.ro/pls/dic/site2015.page?den=dsdl-home1>

Documentare și sinteză: DAN ALEXANDREANU

Consilier parlamentar - Direcția studii și documentare legislativă
Palatul Parlamentului, str. Izvor nr.2-4, sect.5, București

Tel: 021.316.03.65; 021.414.13.50/ 51, Interior 1350/1349, camera 5070

E-mail: doc@cdep.ro

CUPRINS

ASPECTE COMPARATIVE PRIVIND ÎNTRERUPEREA DE SARCINĂ: GERMANIA, MAREA BRITANIE, SUA ȘI CANADA	4
GERMANIA	4
STATELE UNITE	9
MAREA BRITANIE	13
CANADA	15
CONFIDENȚIALITATEA PROCEDURILOR.....	15
STATE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE – ASPECTE COMPARATIVE	18
AUSTRIA.....	18
BELGIA.....	19
CEHIA	20
DANEMARCA	22
ESTONIA.....	23
FINLANDA	24
FRANȚA.....	25
ITALIA	26
LITUANIA.....	27
POLONIA	29
SLOVENIA	30
SPANIA	31
SUEDIA.....	32
ȚĂRILE DE JOS.....	33
UNGARIA.....	35
WEBOGRAFIE	36

Principiile consilierii în materie de avort variază semnificativ în Uniunea Europeană, Canada și SUA, de la consilierea directivă (obligatorie) impusă de stat, până la îngrijirea complet voluntară, non-directivă și centrată pe client. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) consilierea trebuie să fie voluntară, confidențială, neutră și informată¹.

Țările analizate în prezentul studiu documentar aplică o varietate de modalități reglementative de la consilierea obligatorie (și stabilirea unei "perioade de așteptare") la standarde nedirective (și respectiv concentrarea pe consiliere, educație și pe măsuri contraceptive pentru a preveni sarcinile nedorite).

ASPECTE COMPARATIVE PRIVIND ÎNTRERUPEREA DE SARCINĂ: GERMANIA, MAREA BRITANIE, SUA ȘI CANADA

GERMANIA

Modelul german privind întreruperea de sarcină este unul dintre cele mai apreciate din Europa, având la bază un echilibru între protejarea la nivel constituțional a vieții intrauterine și autonomia femeii. Acesta transformă consilierea dintr-un pas administrativ într-un pilon central al protocolului medical.

În Germania, avortul este reglementat prin interacțiunea dintre Codul Penal (StGB) și Legea privind gestionarea conflictelor de sarcină (SchKG)². Curtea Constituțională Federală a stabilit că statul are obligația de a proteja viața, dar o poate face prin consiliere, nu doar prin interdicție.

Potrivit art. § 218a StGB întreruperea sarcinii nu este pedepsită dacă femeia solicită intervenția și dovedește medicului, prin intermediul unui certificat, că a participat la o consiliere obligatorie conform § 219 cu cel puțin trei zile înainte. De asemenea, *"consilierea servește protecției vieții nenăscute. Ea trebuie să ghideze femeia prin încurajare și asistență (...) în același timp, consilierea trebuie să fie deschisă spre un rezultat"*.

Deciziile de referință (1975 și 1993) ale Curții Constituționale au statuat că avortul rămâne ilegal în principiu, dar statul este obligat să ofere această cale a consilierii pentru a nu forța femeia la sacrificii „peste măsură”.

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK617995/>

² <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BjNR113980992.html>

Modul de funcționare a acestui sistem se prezintă astfel:

1. Protocolul consilierii obligatorii³

În Germania, avortul este ilegal conform secțiunii § 218 din Codul Penal, dar nu este pedepsit (conform § 218a) dacă sunt îndeplinite anumite condiții stricte în primele 12 săptămâni.

- **consilierea** - Pacienta trebuie să participe la o ședință de consiliere într-un centru autorizat de stat.
- **rolul nepunitiv** - Scopul declarat al legii este „protejarea vieții nenăscute prin încurajarea femeii să continue sarcina”, însă consilierul are obligația legală de a respecta autonomia decizională a pacientei. Consilierea nu trebuie să fie coercitivă sau să judece pacienta.
- **certificatul de consiliere** - La finalul ședinței, pacienta primește un certificat. Fără acest document, medicul nu poate efectua procedura.
- **perioada de reflecție** - Trebuie să treacă cel puțin 3 zile calendaristice între momentul consilierii și intervenția propriu-zisă.

2. Modalități de decontare din fonduri publice

Regula generală în Germania este că avortul este o procedură plătită de pacientă (costurile variază între 350 și 600 euro), cu excepția cazurilor în care există indicații medicale sau criminologice (viol). Totuși, statul are o intervenție importantă pentru a asigura accesul persoanelor cu venituri mici:

- dacă pacienta câștigă sub un anumit prag (1.383 euro net/lună, prag care crește dacă are copii în întreținere), statul acoperă integral costurile.
- dacă sănătatea fizică sau mentală a mamei este în pericol, procedura este decontată standard prin asigurarea de sănătate. Situația este similară și în caz de agresiune sexuală sau viol.
- pentru persoane cu venituri mai mari, plata se face direct de către pacientă către clinica sau cabinetul medical ales. Chiar și în situația în care pacienta plătește intervenția, costurile consultațiilor medicale și ale îngrijirii post-operatorii sunt, de regulă, acoperite de asigurarea de sănătate⁴.

3. Impactul asupra deciziei informate

- **accesul la informații obiective** - Consilierea oferă informații despre sprijinul financiar și social disponibil pentru mame, ceea ce poate reduce presiunea economică asupra deciziei.
- **reducerea stigmatului prin dialog** - Deoarece consilierea este obligatorie pentru toți, ea devine o etapă neutră a procesului, oferind un spațiu sigur pentru a discuta posibilitățile existente sau traumele posibile.
- **critici externe** - Unele organizații susțin că perioada obligatorie de așteptare și necesitatea certificatului pot fi umilitoare sau pot întârzia procedura în zonele rurale unde centrele de consiliere sunt puține.

³ <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/>

⁴ <https://gesund.bund.de/>

- *efectul de „decizie informată”* - Studiile arată că marea majoritate a femeilor care solicită consilierea au luat deja o decizie clară. Totuși, pentru cele indecise, sistemul oferă o certitudine informațională care previne deciziile luate din impuls sau sub presiune externă.

4. Situația actuală

Guvernul german a realizat o serie de pași pentru modernizarea acestui cadru, inclusiv prin eliminarea art. § 219a (care interzicea publicitatea pentru avort, eliminând posibilitatea ca medicii să listeze procedura respectivă pe site-urile lor). Există o serie de discuții la nivel politic pentru a elimina complet avortul din Codul Penal și pentru a-l reglementa strict ca act medical.

Pentru a beneficia de decontarea întreruperii de sarcină din fonduri publice în Germania, criteriile de venit sunt stricte și se actualizează anual. Decontarea se aplică persoanelor care nu dispun de resursele financiare necesare (venituri mici) și care nu au o asigurare de sănătate care să acopere procedura (în absența unei indicații medicale sau criminologice).

- Limita de venit net lunar

Pentru a fi eligibilă, pacienta trebuie să aibă un venit personal net lunar sub un anumit prag, în prezent acesta fiind de 1.383 euro.

Pragul de bază crește dacă pacienta are alte persoane în întreținere sau costuri locative ridicate:

- pentru fiecare copil aflat în întreținere (minor), pragul crește cu 328 euro.
- costurile locative - Dacă chiria (fără utilități) depășește suma de 418 euro, diferența se adaugă la pragul de eligibilitate, permițând unei persoane cu venituri ceva mai mari, dar cu chirie scumpă, să beneficieze de decontare.

Pe lângă venitul lunar, se verifică și activele lichide. Pacienta nu trebuie să dețină active care pot fi utilizate imediat (bani în cont, acțiuni, etc.) a căror valoare depășește suma de 5.000 de euro.

Obiectele de uz casnic sau o mașină necesară pentru deplasarea la serviciu nu sunt luate în calcul ca active ce trebuie lichidate în scop medical.

5. Categoriile beneficiare

Anumite categorii de persoane sunt considerate în mod automat eligibile pentru decontarea costurilor de către stat, deoarece veniturile lor sunt deja verificate de alte instituții:

- persoanele care primesc ajutor de șomaj;
- persoanele care primesc sume provenind din fondurile de asistență socială;
- studenții care primesc bursă de stat;
- persoanele care primesc prestații conform Legii privind solicitanții de azil.

Cererea de decontare trebuie depusă la casa de asigurări de sănătate a pacientei înainte de intervenție. Aceasta va elibera un document care confirmă preluarea costurilor, pe care pacienta îl va prezenta medicului sau clinicii unde are loc procedura.

Legislația care guvernează acest domeniu în Germania este Legea privind asistența pentru evitarea și depășirea conflictelor în timpul sarcinii⁵.

Conform legii germane, coroborat cu Codul Penal, obligațiile medicului sunt strict delimitate pentru a asigura neutralitatea și siguranța pacientei. O distincție fundamentală este aceea că medicul care efectuează procedura nu poate fi același cu cel care face consilierea.

În sinteză, obligațiilor medicului sunt următoarele:

- *Obligația de verificare a documentației (controlul legalității)*

Înainte de a efectua o întrerupere de sarcină, medicul este obligat prin lege să verifice:

- *certificatul de consiliere* - trebuie să existe un document valid eliberat de un centru de consiliere autorizat, care să ateste că ședința a avut loc cu cel puțin 3 zile înainte (perioada de reflecție).
- *termenul sarcinii* - trebuie să se confirme prin ecografie că sarcina nu depășește 12 săptămâni de la concepție (respectiv 14 săptămâni de la ultima menstruație).

- *Obligația de informare medicală*

Medicul are obligația de a oferi o informare tehnică și medicală, care include:

- natura intervenției, riscurile și posibilele complicații (fizice și psihice).
- metodele disponibile (medicamentoasă sau chirurgicală).
- asigurarea că pacienta înțelege consecințele medicale ale deciziei sale.

Medicul trebuie să se asigure că decizia pacientei este voluntară și nu rezultatul unei constrângeri evidente.

- *Interdicția consilierii în propria clinică*

Pentru a evita conflictul de interese (financiar sau moral), medicul care urmează să realizeze avortul nu are voie să ofere certificatul de consiliere obligatorie. Pacienta trebuie să meargă la o entitate terță (centru de stat sau ONG autorizat).

- *Obligația de raportare statistică*

Medicii și clinicile care efectuează întreruperi de sarcină sunt obligați să raporteze trimestrial către Oficiul Federal de Statistică numărul de proceduri, fără a dezvălui însă identitatea pacientelor. Raportul include:

- motivul (prin consiliere, indicație medicală sau criminologică).
- vârsta pacientei.
- metoda utilizată și durata sarcinii.

- *Dreptul la refuz (clauza de conștiință)*

Conform legii, niciun medic nu poate fi obligat să efectueze o întrerupere de sarcină sau să participe la procedură, cu excepția cazurilor de urgență extremă în care viața mamei este în pericol iminent. Totuși, instituțiile publice (spitalele universitare sau de stat) au obligația de a asigura accesul la aceste servicii prin personalul care nu refuză procedura.

- *Transparența informațiilor*

După eliminarea paragrafului § 219a, medicii au acum dreptul (și obligația morală de informare) de a publica pe site-urile proprii:

- faptul că efectuează întreruperi de sarcină.
- metodele folosite (aceste aspecte nefiind considerate reclamă).

⁵ <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BJNR113980992.html>

- *Obligația de asistență post-intervenție*

Medicul trebuie să asigure monitorizarea post-operatorie și să informeze pacienta despre semnele de alertă care necesită asistență medicală imediată, asigurând continuitatea îngrijirii.

Acest cadru legal transformă medicul dintr-un simplu prestator într-un garant al siguranței medicale, lăsând partea de „conflict moral” și „suport social” în sarcina centrelor de consiliere specializate.

6. Autorizarea centrelor de consiliere

În Germania, autorizarea centrelor de consiliere este un proces riguros, menit să asigure un echilibru între cerința constituțională de protejare a vieții și necesitatea de a oferi un serviciu medical și social neutru.

Iată cum garantează statul german calitatea și neutralitatea acestui serviciu prin § 8 și § 9 din lege:

- *Acreditarea*

Pentru ca un centru să poată emite certificatul de consiliere obligatoriu, acesta trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- *personal multidisciplinar* - Centrul trebuie să aibă o echipă formată din asistenți sociali, psihologi și/sau juriști. Medicii pot face parte din echipă, dar nu pot fi cei care efectuează intervenția.
- *neutralitate față de furnizor* - Centrul nu trebuie să aibă nicio legătură financiară sau organizatorică cu clinica unde se realizează avortul. Această „separare a puterilor” este esențială pentru a preveni conflictele de interese.
- *accesibilitate* - Statul obligă landurile să asigure o rețea geografică suficient de densă, astfel încât nicio femeie să nu fie nevoită să parcurgă distanțe excesive pentru consiliere.

- *Garantarea neutralității (pluralismul de valori)*

Statul german nu oferă monopol unui singur tip de consiliere. Neutralitatea sistemului este asigurată prin pluralismul centrelor:

- *centrele de stat/laice (Pro Familia)* - oferă o consiliere strict nondirectivă, axată pe drepturile femeii și soluții practice.
- *centrele confesionale (Caritas, Diakonie)* - Deși sunt structuri religioase, ele trebuie să respecte legea seculară.

- *Conținutul informării medicale*

Legea germană și protocoalele medicale europene definesc informarea ca fiind un act de claritate, nu de intimidare. Medicul (nu consilierul) are obligația să explice:

- *metodele* - diferența dintre aspirația vacuumică și avortul medicamentos.
- *efectele secundare* - riscul de sângerare, infecție sau reacții la anestezie (statut de risc scăzut, similar unei intervenții stomatologice complexe).
- *impactul psihologic* - discuția despre posibilele reacții emoționale, subliniind că majoritatea femeilor resimt ușurare, dar oferind resurse pentru suport în caz de regret.

- *confidențialitatea* - asigurarea că nicio dată nu va fi transmisă angajatorului sau familiei fără consimțământ.

Spre deosebire de modelele unde consilierea este fie o formalitate (Canada), fie o barieră ideologică (Texas), modelul german este un mecanism de siguranță socială.

STATELE UNITE

Sistemul din Statele Unite este radical diferit de cel german, fiind marcat de o fragmentare juridică extremă după decizia Curții Supreme în cazul *Dobbs v. Jackson* (iunie 2022)⁶. În timp ce modelul german este uniform la nivel național, în SUA există un contrast total între state care impun bariere stricte („*Biased Counseling*”) și state care protejează accesul ca drept fundamental.

Analiza comparativă a modelelor post-Dobbs, cu accent pe Texas și California se prezintă astfel:

1. Consilierea: modelul informat vs. modelul punitiv-persuasiv⁷

În SUA, termenul consiliere este adesea atașat sintagmei ”consimțământ informat”. Spre deosebire de Germania, unde consilierea este neutră/nepunitivă, în multe state americane conținutul este orientat pro-viață.

Caracteristică	Texas (model restrictiv)	California (model protectiv)
statut legal	Avortul este interzis aproape total (excepție: viața mamei).	Avortul este un drept constituțional de stat.
consiliere	Obligatorie. Include informații despre durerea fetală, legătura cu cancerul de sân și alternative de adopție.	Voluntară și neutră. Se bazează pe standarde medicale de consiliere non-directivă.
ecografie	Obligatorie cu 24 de ore înainte de procedură; medicul trebuie să descrie imaginea fătului pacientei.	Efectuată doar dacă este necesară din punct de vedere medical, fără obligația de a descrie imaginea.
perioada de așteptare	24 de ore (înainte de interdicția totală, aplicată și în statele vecine cu legi similare).	Fără perioadă de așteptare obligatorie.

⁶ https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf

⁷ NIDA Research, ”*Therapeutic Community: Advances in Research and Application*”, 1994, sursa: https://www.researchgate.net/publication/14459159_The_therapeutic_community_Toward_a_general_theory_and_model/link/02e7e53207f028937e000000/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpbnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFhZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

Impactul asupra deciziei - În Texas consilierea este concepută pentru a descuraja pacienta. În California, scopul este asigurarea că pacienta înțelege procedura medicală, respectându-i autonomia⁸.

2. Decontarea din fonduri publice

Spre deosebire de Germania, unde statul plătește pentru persoanele cu venituri mici, în SUA se aplică *Amendamentul Hyde*⁹, care interzice utilizarea fondurilor federale (*Medic-aid*) pentru avort, cu excepția violului, incestului sau salvării vieții persoanei însărcinate.

- **Texas**

- *fonduri publice* - Nu se acordă niciun fel de decontare pentru avort. Mai mult, statul Texas a eliminat organizațiile care asigurau avorturi (precum *Planned Parenthood*) din toate programele de sănătate finanțate de stat, inclusiv pentru servicii precum testele Papanicolau sau contracepție.

- *programe alternative* - Statul finanțează *Crisis Pregnancy Centers* (CPCs) - centre care nu realizează avorturi, ci consiliere pro-viață, adesea sub masca unor clinici medicale.

- **California (Medi-Cal)**

- *fonduri publice* - California este unul dintre puținele state care folosește fonduri proprii de stat pentru a acoperi avortul prin programul *Medic-aid* (Medi-Cal).

- *accesibilitate* - În 2026, California a eliminat costurile *out-of-pocket* (coplată/sume deductibile) pentru avort în majoritatea planurilor de asigurare private reglementate de stat.

3. Impactul post-Dobbs: Texas vs. California

Decizia *Dobbs* a creat două realități medicale diferite¹⁰:

- **Texas**

- În Texas se utilizează un mecanism de utilizare a proceselor civile (oricine poate da în judecată o persoană care sprijină executarea unui avort).

- Consilierea a nu se mai realizează deoarece clinicile s-au închis. Aceasta a fost mutată în afara statului sau este preluată de CPC-uri religioase.

- **California**

- California a adoptat legi de tip *Shield Laws* care protejează medicii ce oferă consiliere sau pastile de avort prin poștă către paciente din Texas.

- Decizia informată este protejată prin platforme digitale finanțate de stat care explică opțiunile legale fără judecarea faptelor prezentate.

⁸ UCSF (University of California, San Francisco), *The Turnaway Study*. Cel mai cuprinzător studiu din SUA care urmărește femeile pe o perioadă de 5-10 ani pentru a evalua regretul decizional, sursa: <https://www.ansirh.org/research/ongoing/turnaway-study>

⁹ <https://www.congress.gov/crs-product/IF12167>

¹⁰ White, K., et al. (2022). *Initial Impacts of Texas's Senate Bill 8 on Abortions*. (Publicat în *BMJ Sexual & Reproductive Health*).

4. Analiza impactului asupra deciziei informate

Analiza impactului cercetărilor realizate de Guttmacher Institute în perioada 2024-2025¹¹ evidențiază o schimbare majoră în modul în care datele statistice sunt utilizate pentru a fundamenta decizia informată, atât la nivel individual, cât și politic.

În perioada enunțată, au fost implementate sisteme de monitorizare rapidă (precum *Monthly Abortion Provision Study*), esențiale pentru decizia informată. Cercetările au oferit date exacte despre migrația pacienților (circa 155.000 de persoane au călătorit între state în 2024 pentru servicii medicale).

*Reproductive Health Impact Study (RHIS)*¹², finalizat în 2024, a demonstrat că restricțiile politice subminează direct autonomia pentru că restricțiile nu opresc neapărat procedurile, dar forțează pacienții să ia decizii sub presiune financiară sau logistică extremă. Cercetările evidențiază că lipsa informațiilor corecte și a accesului la medic afectează disproporționat comunitățile de culoare și persoanele cu venituri mici, limitându-le capacitatea de a face alegeri informate despre viitorul lor.

Astfel:

- consilierea în modelul Texas nu schimbă semnificativ decizia finală a femeii, dar crește stresul psihic, costurile de călătorie și amână procedura (făcând-o mai riscantă medical).
- consilierea în modelul California îmbunătățește satisfacția pacientei și scade riscul de regrete post-intervenție, deoarece pacienta simte că a fost tratată ca un agent moral autonom.

În timp ce în Germania statul este cel care facilitează decizia prin consiliere neutră și decontare garantată, în SUA, decizia informată a ajuns să fie susținută financiar de ONG-uri și protejată juridic de o serie de state.

Crisis Pregnancy Centers reprezintă pilonul ideologic și operațional al modelului restrictiv din SUA. Acestea sunt concepute strategic pentru a concura direct cu clinicile medicale (precum *Planned Parenthood*), dar funcționează după reguli complet diferite de modelul de consiliere german.

Spre deosebire de centrele din Germania (care trebuie să fie autorizate de stat pentru a emite certificate valide), majoritatea CPC-urilor din SUA:

- nu reprezintă structuri medicale - majoritatea nu au licență medicală și nu sunt supuse legilor de confidențialitate a datelor pacienților (HIPAA).
- beneficiază de finanțare publică importantă - În Texas, programul "*Alternatives to Abortion*" direcționează zeci de milioane de dolari din taxele cetățenilor către aceste centre. În schimb, California a încercat să reglementeze transparența acestor fonduri, dar a fost blocată de Curtea Supremă (cazul *NIFLA v. Becerra*¹³), pe motive de libertate de exprimare.

¹¹ <https://www.guttmacher.org/news-release/2025/guttmacher-institute-releases-full-year-us-abortion-data-2024>

¹² <https://www.guttmacher.org/reproductive-health-impact-study>

¹³ https://scholar.google.ro/scholar_case?case=12551265338047646048&hl=en&as_sdt=6&as_vis=1&oi=scholarr

Dacă în Germania consilierea este un pas spre autonomie, în CPC-urile din statele restrictive, strategia este corelată cu întârzierea și descurajarea pacienților:

- *ambiguitatea vizuală* - Centrele sunt amplasate adesea lângă clinici de avort, folosesc nume similare și personalul poartă halate albe, deși mulți sunt voluntari fără studii medicale.
- *consiliere direcționată* - Oferă informații selectiv. Exemple frecvente includ: exagerarea riscurilor avortului (de exemplu, „sindromul post-avort”, care nu este recunoscut de asociațiile de psihologie); efectuarea de ecografii gratuite doar pentru a stabili o conexiune emoțională, refuzând uneori să precizeze vârsta exactă a sarcinii pentru a lăsa timpul să treacă peste limita legală.
- *cointeresarea materială* - Oferă scutece, haine pentru bebeluși sau cursuri de parenting condiționate de participarea la ședințe de consiliere religioasă/morală.

5. Decontarea transfrontalieră

Deoarece o pacientă din Texas nu poate folosi asigurarea sa medicală (care este limitată de legile statului în care are domiciliul) pentru un avort în California, sistemul de finanțare s-a adaptat prin trei mecanisme:

- *extinderea Medi-Cal* - California a alocat fonduri speciale de stat pentru a subvenționa clinicile care primesc pacienți din afara statului. Deși fondurile publice nu sunt virate direct pacienței din Texas, ele sunt acordate clinicilor sub formă de granturi pentru infrastructură și operare, permițând acestora să ofere proceduri gratuite sau la costuri reduse pentru femeile care aleg aceste servicii.
- *fondurile de avort* - Organizații non-profit (de exemplu, *National Network of Abortion Funds*) funcționează ca un sistem paralel de decontare. Acestea colectează donații și plătesc direct clinicilor din California costul procedurii, transportul și cazarea pentru paciențele din statele în care există restricții.
- *companiile private* - Multe corporații mari cu sedii în California s-au angajat să deconteze cheltuielile de călătorie și medicale pentru angajatele lor care locuiesc în state unde procedura este ilegală, integrând acest beneficiu în pachetele de asigurări private.

Pentru a analiza cum funcționează decontarea în absența sprijinului statului, trebuie prezentat mecanismul fondurilor de avort (*abortion funds*). Acestea au devenit, practic, un sistem de asigurări sociale paralel, alimentat de societatea civilă.

Spre deosebire de modelul german, unde pacienta merge la casa de asigurări, în SUA procesul este adesea unul anevoios:

- *contactarea fondului* - Pacienta care nu își permite procedura contactează un fond local (*Texas Abortion Fund*) sau național.
- *verificarea necesității* - Fondul face o evaluare rapidă a veniturilor (similar cu criteriile din Germania, dar mai puțin birocratic).
- *promisiunea de plată* - Fondul nu trimite banii direct pacienței, ci contactează clinica din statul de destinație (o clinică din California) și

emite un "*pledge*". Acesta este un document prin care fondul garantează că va plăti o parte sau totalitatea costului intervenției.

- *intervenția* - Pacienta se prezintă la clinică, iar factura este împărțită: o parte este achitată de fond, restul de pacientă (dacă are resurse) sau de alte fonduri partenere.

6. Shield Laws: Protecția împotriva urmăririi penale și civile

În Texas se permite cetățenilor să dea în judecată pe oricine „ajută sau încurajează” un avort. Legile-scut din California au fost create special pentru a bloca aceste acțiuni:

- *interdicția cooperării* - Poliția și tribunalele din California au interdicția legală de a furniza informații, de a onora citații sau de a ajuta la extrădarea medicilor care au oferit servicii (inclusiv prin telemedicină) unei paciente din Texas.
- *blocarea executării silită* - Dacă un tribunal din Texas emite o sentință de amendare cu 10.000 de dolari a unui medic din California, legea din acest stat interzice executarea silită a sentinței pe teritoriul său.
- *protecția licenței* - statul California garantează că un medic nu își va pierde licența medicală dacă este condamnat într-un alt stat pentru furnizarea de servicii de avort care sunt legale în California.

MAREA BRITANIE

Modelul din Marea Britanie (specific Angliei, Scoției și Țării Galilor, sub tutela NHS) reprezintă un al treilea pol în chestiunea analizată. Dacă Germania mizează pe echilibru prin consiliere obligatorie, iar SUA pe fragmentare totală, Marea Britanie oferă modelul serviciului public universal.

Analiza protocolului, decontării și impactului asupra deciziei informate în cadrul NHS se prezintă astfel:

1. Protocolul medical

Spre deosebire de Germania, unde consilierea este un pas administrativ separat, în UK avortul este integrat total în sistemul medical, sub prevederile *Abortion Act* (1967)¹⁴.

- **consilierea** - Nu este obligatorie prin lege, dar trebuie să fie întotdeauna disponibilă. Conform ghidurilor RCOG (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*), medicul are obligația să se asigure că pacienta este sigură de decizia ei și să ofere acces la consiliere imparțială dacă pacienta o solicită.

Spre deosebire de Germania, în Anglia, Scoția și Țara Galilor consilierea nu este o obligație legală, ci un drept garantat. Accentul cade pe evaluarea clinică.

Deși nu apare în textul legii din 1967 ca obligație, codurile de practică ale RCOG și ghidurile de decontare NHS impun ca pacienta să aibă „acces imediat la consiliere dacă o solicită”, dar lipsa acesteia nu blochează procedura.

Curtea Supremă a Marii Britanii a confirmat compatibilitatea legii cu Convenția Europeană a Drepturilor Omului.

¹⁴ <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/contents>

- **aprobarea** - Legal, sunt necesare două semnături de la medici pentru a confirma că avortul este mai puțin riscant pentru sănătatea fizică sau mentală a femeii decât continuarea sarcinii (o barieră formală, deoarece în practică sănătatea mentală este interpretată într-un mod larg).
- **telemedicina** - Devenită permanentă după pandemie, aceasta permite femeilor (cu o sarcină de până la 10 săptămâni) să primească tratamentul acasă, după o consultație telefonică, eliminând barierele fizice.

2. Modalități de decontare

Sistemul britanic este cel mai accesibil din punct de vedere financiar dintre cele analizate:

- **decontare universală** - Peste 98% din avorturile efectuate în Anglia și Țara Galilor sunt plătite de NHS. Procedura este complet gratuită pentru orice persoană rezidentă în UK.
- **parteneriatul public-privat** - NHS nu efectuează toate procedurile în spitalele de stat. Statul „cumpără” servicii de la furnizori independenți specializați (precum *MSI Reproductive Choices* sau *British Pregnancy Advisory Service* - BPAS). Pacienta nu plătește nimic, factura fiind trimisă direct către NHS.
- **Irlanda de Nord** - Deși avortul a fost legalizat recent (2019-2020), integrarea în sistemul de decontare NHS a fost mai lentă și încă se confruntă cu bariere de acces local, forțând uneori pacientele să călătorească în Anglia (cu costuri de călătorie acoperite tot de guvernul britanic pentru persoanele cu venituri mici).

3. Impactul asupra deciziei informate

Modelul NHS pune accentul pe autonomia pacientului și reducerea stresului.

- **eliminarea intervalelor de așteptare** - Spre deosebire de Germania (3 zile) sau Texas (24h+), în Marea Britanie se pune accent pe rapiditate pentru a reduce riscurile medicale. Se consideră că întârzierea forțată este o formă de presiune psihologică, nu un ajutor în luarea deciziei.
- **consiliere non-directivă** - Deoarece fondurile sunt garantate de stat, consilierii nu au niciun interes financiar (ca în SUA) sau ideologic (ca în unele centre germane) să influențeze decizia. Accentul se pune pe suport post-avort și contracepție viitoare.
- **zonă de protecție** - Au fost implementate recent zone de protecție în jurul clinicilor, interzicând protestele pro-viață pe o rază de 150 m, pentru a asigura că decizia informată nu este perturbată de hărțuirea exterioară (o problemă majoră în SUA).

4. Decontarea

Mecanismele financiare prin care se realizează decontarea în cadrul NHS sunt următoarele:

a) Decontarea pentru rezidenți (fără numerar)

Pentru majoritatea pacienților (peste 98% din cazuri în Anglia și Țara Galilor), nu există niciun schimb de bani.

- *procedura* - Pacienta se programează direct la o clinică (fără a avea nevoie de trimitere de la medicul de familie).
- *plata* - Clinica (fie că este un spital public sau un furnizor privat contractat) înregistrează numărul NHS al pacientei. Factura este trimisă direct către *Integrated - Care Board (ICB)* local - entitatea care gestionează bugetele regionale de sănătate.
- *costuri zero* - Pacienta nu plătește consultația, ecografia, procedura propriu-zisă sau medicamentele.

b) Parteneriatele cu furnizorii independenți

NHS nu efectuează toate procedurile în propriile spitale. O mare parte sunt externalizate către organizații non-profit specializate.

- *decontarea „Block Contract”* - Statul semnează contracte anuale cu aceste organizații. Astfel, deși clinica este privată, ea funcționează ca o entitate al sistemului public.
- *eficiența* - Acest model permite decontarea rapidă și reducerea listelor de așteptare, asigurând un flux constant de fonduri către experții în sănătate reproductivă.

c) Decontarea cheltuielilor de călătorie (HTCS)

Similar cu modelul canadian, dar la o scară geografică mai mică, UK oferă *Healthcare Travel Costs Scheme (HTCS)*.

- *eligibilitate* - Persoanele care primesc ajutoare sociale sau au venituri mici pot solicita decontarea transportului către clinică.
- *metoda* - Pacienta prezintă dovada veniturilor și chitanțele de transport (tren, autobuz) la recepția spitalului sau trimite un formular ulterior pentru a primi rambursarea.

d) Decontarea în Irlanda de Nord

Dacă serviciile nu sunt disponibile local din motive logistice, NHS decontează integral călătoria și procedura în Anglia pentru rezidente din Irlanda de Nord. Acest proces este coordonat printr-o linie telefonică centralizată care se ocupă de toate plățile în numele pacientei.

CANADA

CONFIDENȚIALITATEA PROCEDURILOR

Confidențialitatea este considerată un punct important privind accesul la avort; fără ea, decontarea și consilierea ar putea deveni instrumente de control social sau domestic.

1. Germania

În Germania¹⁷, marea provocare este decontarea prin Casa de asigurări, unde membrii familiei sunt adesea asigurați împreună (asigurare de familie).

- **Protecția față de familie** - Pacienta poate solicita ca toate comunicările privind decontarea avortului (pentru venituri mici) să fie trimise la o adresă separată sau să fie gestionate astfel încât titularul asigurării (ex: soțul sau părintele) să nu primească notificări.
- **Secretul medical** - Conform § 203 StGB, încălcarea confidențialității de către medic sau consilier este infracțiune penală.
- **Angajatorul** - Nu are acces la detalii. Concediul medical (dacă este necesar) menționează doar „incapacitate de muncă”, fără a specifica codul de diagnostic legat de procedură.

2. Marea Britanie

NHS are protocoale stricte de confidențialitate, mai ales pentru minore și persoane dependente.

- **Competența Gillick** - Chiar și sub vârsta de 16 ani, dacă o tânără este considerată matură și înțelege procedura, medicul nu are voie să informeze părinții fără acordul ei.
- **Decontarea invizibilă** - Deoarece decontarea se face intern între clinici și NHS, nu există facturi care să ajungă la domiciliul persoanei. În istoricul medical electronic (GP record), accesul este restricționat, iar pacienta poate cere ca această informație să fie marcată ca „sensibilă”.
- **Buffer Zones** - Protejează confidențialitatea fizică, împiedicând protestarii să filmeze sau să identifice paciențele care intră în clinică.

3. Canada

În Canada, confidențialitatea este protejată prin legi provinciale stricte.

- **Facturarea în sistemul unic** - Decontarea se face direct către ministerul provincial al sănătății. Pe extrasul de cont sau în portalul de sănătate al pacientului, serviciile sunt adesea codificate generic pentru a preveni identificarea de către alte persoane care ar putea avea acces la computerul familiei.
- **Telemedicina** - Livrarea pastilelor de avort în comunitățile izolate se face în pachete discrete, fără marcaje exterioare care să indice conținutul, protejând pacienta în comunități mici unde toată lumea se cunoaște.

4. SUA

În SUA, confidențialitatea a devenit o problemă de securitate juridică, nu doar medicală.

- **California** - Statul a adoptat legi care interzic companiilor tech (Google, Meta, etc.) să predea autorităților din alte state (cum este Texas) datele

¹⁷ https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/

de geolocație sau istoricul de căutare legate de vizitarea clinicilor de avort.

- **Texas** - Deoarece legea încurajează cetățenii să dea în judecată persoanele care sprijină avorturile, confidențialitatea față de partener sau familie este critică. Decontarea prin *Abortion Funds* (ONG-uri) se face prin canale criptate (Signal/ProtonMail) pentru a nu lăsa "urme" digitale care să poată fi folosite în procese civile.
- **HIPAA** - Deși protejează datele medicale, HIPAA are excepții pentru ordinele judecătorești, motiv pentru care statele similare Californiei au creat legi-scut suplimentare.

• **Bioetica modelelor de consiliere și decontare**

În contextul celor patru țări, dezbaterea bioetică se poartă între patru principii centrale: "autonomia", "beneficiența", "non-maleficiența" și "dreptatea distributivă", criterii stabilite de Beauchamp și Childress.

Analiza bioetică a protocoalelor se prezintă astfel:

• **Conflictul de valori: autonomia vs. statutul moral al fătului**

Aceasta este axa centrală a bioeticii reproductive, gestionată diferit de fiecare model:

- **Modelul canadian** - Bioetica canadiană post-1988 consideră că autonomia corporală a femeii este absolută. Orice barieră (precum consilierea obligatorie) este privită ca o încălcare a demnității umane.
- **Modelul german**¹⁸ - Bioetica germană este influențată de conceptul de responsabilitate socială. Statul recunoaște valoarea vieții nenăscute, dar consideră că protecția acesteia nu se poate face împotriva femeii, ci doar împreună cu ea, prin consiliere.
- **Modelul american** - În state precum Texas, bioetica oficială este una "fetal-centrică", unde dreptul la viață al fătului anulează autonomia femeii. În California, perspectiva este "individual-centrică".

• **Bioetica consilierii: paternalism vs. empowerment**

- **Texas**¹⁹ - Consilierea obligatorie care include informații false sau tendențioase încalcă principiul consimțământului informat. Din punct de vedere bioetic, a oferi informații eronate (ex. legătura cu cancerul de sân) pentru a influența o decizie reprezintă o violare gravă a eticii medicale.
- **Marea Britanie** - Consilierea non-directivă respectă pacienta ca agent moral capabil să ia decizii proprii. Bioetica NHS pune accent pe beneficiență (asigurarea stării de bine a pacientei) și pe eliminarea stigmei.

• **Dreptatea distributivă - accesul și decontarea**

Bioetica socială analizează cine are acces la procedură și cine este lăsat în urmă.

¹⁸ IBA Healthcare Committee (2025), *Healthcare Financing and Reimbursement Survey - Germany*, International Bar Association.

¹⁹ American Medical Association (AMA), *Code of Medical Ethics: Financial Relationships and Incentives*.

- **SUA** - Lipsa decontării publice creează o inechitate profundă. Bioeticienii americani critică faptul că avortul a devenit un privilegiu al celor bogați, ceea ce încalcă principiul dreptății distributive (egalitatea de acces la îngrijiri de sănătate).

- **Canada/Marea Britanie** - Decontarea universală elimină bariera clasei sociale. Din punct de vedere etic, acest lucru asigură că decizia de a continua sau nu o sarcină nu este niciodată dictată de starea materială a pacientei.

• **Bioetica tehnologiei: telemedicina**

Dezbaterea etică este accelerată de modelul britanic și canadian:

- *pro* - Crește autonomia și reduce stresul logistic (non-maleficiență).
- *contra* - Criticii "*bioetici*" susțin că distanțarea medicului de pacientă reduce profunzimea actului medical și a consilierii.

STATE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE – ASPECTE COMPARATIVE

AUSTRIA

Modelul Austriei reprezintă o variantă care se situează între modelul german și cel canadian.

1. Protocolul medical și consilierea

În Austria, avortul este reglementat de § 97 din Codul Penal (StGB)²⁰, sub conceptul de *Fristenlösung* (soluție pe bază de termen).

- *consilierea* - Spre deosebire de Germania, în Austria nu există o consiliere obligatorie prin lege pentru a accesa procedura în primele 3 luni de sarcină. Totuși, legea stipulează că medicul are obligația de a oferi consiliere medicală.
- *protocolul* - Decizia aparține pacientei, după o consultație medicală prealabilă. Multe clinici oferă consiliere psihologică voluntară, dar aceasta nu este o precondiție legală pentru eliberarea unui certificat.
- *perioada de reflecție* - Nu există o perioadă de așteptare impusă legal între consultație și procedură (spre deosebire de cele 3 zile din Germania).

2. Modalități de decontare

În acest cadru, Austria diferă radical de Marea Britanie sau Canada și se apropie mai degrabă de un model privat²¹.

²⁰ <https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>

²¹ <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/info/schwangerschaftsabbruch.html>

- *pachetul de bază* - Avortul la cerere nu este inclus în pachetul de bază al asigurării publice de sănătate (*Österreichische Gesundheitskasse - ÖGK*).
- *costuri* - Pacienta trebuie să plătească integral procedura din surse proprii. Costurile variază între 300 și 900 de euro, în funcție de metodă (medicamentoasă sau chirurgicală) și de clinică.
- *excepția medicală* - Asigurarea de stat acoperă costurile doar dacă avortul este necesar pentru a salva viața mamei, pentru a preveni o afecțiune gravă a sănătății fizice/psihice sau în caz de eugenie (indicație medicală).
- *subvenții sociale* - Doar în anumite landuri există fonduri speciale sau ONG-uri care pot ajuta femeile cu venituri extrem de mici, dar acesta nu este un drept universal garantat la nivel federal.

3. Impactul asupra deciziei informate

Lipsa decontării și a consilierii obligatorii creează un peisaj specific:

- Decizia informată este privită ca o responsabilitate individuală. Deoarece pacienta plătește, ea este tratată ca un client al sistemului medical, ceea ce crește calitatea serviciului în clinici, dar limitează accesul celor cu venituri reduse.

- *neutralitatea informației* - Deoarece nu există un „script” de stat (ca în Texas), informațiile primite în clinicile austriece sunt strict medicale și bazate pe acte specifice.

- *accesul geografic* - În anumite landuri (de exemplu, Tirol sau Vorarlberg), accesul la acest serviciu este foarte limitat, obligând femeile să călătorească la Viena sau Salzburg, ceea ce adaugă costuri suplimentare, influențând procesul decizional prin presiune logistică.

BELGIA

Modelul belgian este adesea considerat unul dintre cele mai echilibrate din Europa, punând un accent deosebit pe respectul pentru autonomia femeii, dublat de o integrare financiară solidă în sistemul de securitate socială.

1. Protocolul medical și consilierea

În Belgia, avortul a fost parțial dezincriminat în 1990 și scos complet din Codul Penal în 2018, fiind acum reglementat ca un act medical de sine stătător.

- *obligativitatea consilierii* - Legea belgiană impune o formă de consiliere, dar aceasta este definită ca o informare și un dialog de susținere, nu ca o barieră birocratică. Medicul trebuie să discute cu pacienta despre opțiunile ei și să se asigure că decizia este luată în deplină libertate.
- *perioada de reflecție* - Există o perioadă de așteptare obligatorie de 6 zile între prima consultație și procedura propriu-zisă. Excepțiile sunt permise doar dacă există un risc medical urgent.
- *limita de termen* - Avortul la cerere este permis până la 12 săptămâni de la concepție (14 săptămâni de amenoree). După acest termen,

procedura este permisă doar din motive medicale (risc pentru mamă sau făt).

2. Modalități de decontare

Spre deosebire de Austria, Belgia oferă o acoperire financiară aproape totală, eliminând bariera economică²².

- *decontare prin asigurarea de sănătate* - Avortul este acoperit din punct de vedere financiar de sistemul național de asigurări de sănătate.
- *costul pentru pacientă* - Datorită acordurilor dintre stat și centrele de planificare familială, pacienta plătește de obicei doar o sumă simbolică (numită *ticket modérateur*), care este de aproximativ 3,80 euro (sau chiar zero pentru persoanele cu venituri mici sau fără un loc de muncă).
- *finanțarea centrelor* - Centrele pentru avorturi primesc subvenții directe de la stat pentru a acoperi costurile operaționale, asigurându-se că serviciul rămâne accesibil indiferent de locul în care acesta își desfășoară activitatea.

3. Impactul asupra deciziei informate

Modelul belgian este construit pentru a transforma „perioada de reflecție” într-un instrument de certitudine.

- *abordare multidisciplinară* - În majoritatea centrelor belgiene, pacienta discută atât cu un medic, cât și cu un asistent social sau psiholog. Acest lucru asigură o decizie informată din perspective multiple: medicală, socială și emoțională.
- *neutralitate absolută* - Legea interzice orice formă de presiune. Consilierea este non-directivă, scopul fiind acela de a oferi informații despre procedură (medicamentoasă sau chirurgicală) și despre asistența socială disponibilă, fără a orienta pacienta spre o anumită alegere.
- *accesibilitate* - Deoarece costul este neglijabil și procedura este integrată în centre de sănătate comunitară, stigmatul este redus, permițând pacienților să se concentreze pe propria analiză internă.

CEHIA

Modelul aplicat reprezintă un sistem hibrid între moștenirea administrativă a perioadei socialiste (avortul a fost legalizat în anul 1957) și medicina modernă.

1. Protocolul medical și consilierea

Reglementat prin Legea nr. 66/1986²³ și normele sale de aplicare, avortul este tratat aproape exclusiv ca o procedură de sănătate publică.

²² <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-dans-des-centres-specialises/grossesse-non-desiree>

²³ <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66>

- *consilierea* - Nu este obligatorie în sensul unei ședințe psihologice de convingere. Totuși, medicul ginecolog are obligația de a informa pacienta despre riscurile medicale, metodele de execuție și opțiunile de contracepție viitoare.
- *perioada de reflecție* - Spre deosebire de Belgia (6 zile) sau Germania (3 zile), legislația cehă nu impune o perioadă de așteptare fixă între consult și procedură, ceea ce facilitează un acces extrem de rapid.
- *limita de termen* - 12 săptămâni la cerere, 24 de săptămâni pentru motive genetice și nespecificat dacă viața mamei este în pericol iminent.
- *restricție specifică* - Legea prevede că o femeie nu poate efectua mai mult de un avort la cerere într-un interval de 6 luni, cu excepția cazului în care are peste 35 de ani sau a avut cel puțin două nașteri.

2. Modalități de decontare

Cehia funcționează pe un model de asigurări de sănătate (VZP fiind cea mai mare casă de acest tip), dar decontarea este strict condiționată de motivul medical²⁴.

- *avortul la cerere* (fără motiv medical) - Nu este decontat din fondurile publice, iar pacienta achită integral procedura. Costul este relativ mic comparativ cu standardul salarial din Austria, variind între 150 și 400 euro.
- *avortul din motive medicale* - Este 100% decontat de asigurarea de sănătate de stat pentru cetățenii cehi și rezidenți. Aceasta include cazurile de malformații fetale, riscuri pentru sănătatea mamei sau sarcină rezultată din infracțiuni sexuale.
- *accesul pentru străini* - Cehia permite oficial accesul cetățenilor din UE (decizie a Ministerului Sănătății din 2021 care a clarificat ambiguitățile legislative), însă aceștia trebuie să achite costurile integral în regim privat.

3. Impactul asupra deciziei informate

Modelul ceh prioritizează eficiența medicală și autonomia decizională rapidă.

- *absența barierelor morale* - Neexistând obligația unui „certificat de consiliere” de la o terță parte, pacienta nu se simte influențată de sistem, ceea ce reduce presiunea psihologică a justificării deciziei.
- *informarea tehnică* - Decizia informată este axată pe alegerea metodei (chirurgical sau medicamentos - pastila de avort fiind introdusă oficial în proceduri în anul 2014).
- *rolul ginecologului* - Deoarece ginecologul este punctul central, decizia informată depinde de calitatea relației medic-pacient.

²⁴ <https://www.vzp.cz/>

DANEMARCA

Modelul danez este adesea considerat etalonul sistemului nordic, unde avortul nu este doar legal, ci este integrat într-o rețea extinsă de suport social și medical. În 2024, Danemarca a făcut o serie de pași importanți prin extinderea limitei de timp, consolidându-și poziția de lider în autonomia reproductivă.

1. Protocolul medical și consilierea

Reglementat prin Legea Sănătății²⁵, sistemul danez a suferit modificări majore recent pentru a reflecta realitățile medicale moderne.

- *consilierea* - Conform legislației daneze, orice femeie care solicită un avort are dreptul legal la „consiliere de sprijin” înainte și după procedură. Aceasta este voluntară, nu obligatorie. Statul consideră că impunerea unei discuții de acest tip ar submina capacitatea femeii de a lua decizii mature.
- *decizia informată* - Medicul de familie are obligația de a informa pacienta despre natura procedurii, riscuri și alternative. Dacă pacienta are sub 18 ani, este necesar acordul parental, însă există consilii regionale care pot acorda dispense în cazuri speciale pentru a proteja minora.
- *limita de termen* - Danemarca a decis creșterea limitei pentru avortul la cerere de la 12 la 18 săptămâni, aliniindu-se cu Suedia, pentru a oferi femeilor mai mult timp pentru o decizie informată.

2. Modalități de decontare

În Danemarca, avortul este privit ca un serviciu de sănătate esențial, fiind finanțat integral din taxele publice.

- *decontare universală* - Procedura este 100% gratuită pentru toate persoanele rezidente în Danemarca (deținătoare de „card galben” - *Sundhedskort*).
- *sursa de finanțare* - Costurile sunt acoperite de cele 5 regiuni administrative ale Danemarcei. Nu există coplată, nici pentru consultații, nici pentru procedura chirurgicală sau medicamentele necesare avortului medicamentos.
- *accesul la medicamente* - Danemarca favorizează avortul medicamentos la domiciliu pentru sarcinile timpurii, medicamentele fiind furnizate gratuit de către spitalele regionale.

3. Impactul asupra deciziei informate

Abordarea daneză elimină stresul financiar și birocratic, mutând centrul de greutate pe bunăstarea psihologică.

- *Mødrehjælpen* („Ajutorul pentru Mame”)²⁶ - Această organizație semi-guvernamentală joacă un rol deosebit de important, oferind consiliere imparțială și gratuită oricărei femei cu probleme. Consilierea nu este

²⁵ <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>

²⁶ <https://moedrehjaelpen.dk/forside/nyheder/abort-alliance-den-offentlige-samtale-er-afgoerende-for-retten-til-fri-abort/>

legată de aprobarea procedurii, iar femeile sunt mult mai deschise să discute despre temerile lor.

- Prin tratarea avortului ca pe o procedură medicală obișnuită (similară cu tratamentul unei afecțiuni cronice), statul reduce „regretul indus social”.
- *consilierea post-avort* - Danemarca este printre puținele țări care finanțează activ ședințe de consiliere după procedură, recunoscând că procesul emoțional nu se încheie odată cu intervenția medicală.

ESTONIA

Estonia este adesea descrisă ca exemplu de succes pentru Europa de Est, reușind să scadă drastic rata avorturilor prin digitalizare și politici de sănătate reproductivă extrem de eficiente. Modelul estonian se remarcă prin pragmatism și o integrare financiară foarte clară.

1. Protocolul medical și consilierea

Reglementat prin Legea privind întreruperea sarcinii și sterilizarea (1998)²⁷, sistemul estonian pune accent pe informare.

- *consilierea* - Nu este obligatorie în sens psihologic sau de convingere. Totuși, legea obligă medicul să ofere informații despre riscurile medicale și alternativele sociale.
- *decizia informată* - Un aspect unic este utilizarea portalului de sănătate digital. Pacienta are acces la istoricul său medical și la informații despre procedură într-un mod complet digitalizat. Consimțământul este semnat în cadrul vizitei medicale, după informarea tehnică despre metode (chirurgicală sau medicamentoasă).
- *limita de termen* - 11 săptămâni și 6 zile pentru avortul la cerere. Până la 21 de săptămâni și 6 zile pentru motive medicale (probleme de sănătate ale mamei, malformații fetale, vârsta sub 15 ani sau peste 45 de ani).

2. Modalități de decontare

Avortul este parțial subvenționat de stat, indiferent de motiv²⁸.

- *coplată (decontare parțială)* - Spre deosebire de Danemarca (unde este gratuită) sau Austria (unde este privată), Estonia aplică un model de coplată redusă: dacă pacienta are asigurare de sănătate, ea plătește aproximativ 30-50% din costul procedurii; costul real pentru pacientă - aproximativ 17-20 euro pentru avortul medicamentos și aproximativ 40-50 euro pentru cel chirurgical (prețurile rămân printre cele mai accesibile din UE).
- *decontare 100%* - Statul acoperă integral costurile dacă avortul este necesar din motive medicale.

²⁷ <https://www.riigiteataja.ee/akt/RKSS>

²⁸ <https://tervisekassa.ee/en>

- *accesul universal* - Chiar și persoanele fără asigurare de sănătate au acces la servicii, dar la tarife mai mari, deși statul subvenționează adesea centrele de consiliere pentru tineri.

3. Impactul asupra deciziei informate

- *consilierea pentru tineri* - Estonia are o rețea vastă de centre de sănătate sexuală pentru tineri (până la 26 de ani), unde consilierea, metodele contraceptive și testele sunt gratuite. Acest lucru face ca pacienta care ajunge la avort să fie deja foarte bine informată.
- *abordarea medicală* - Medicii estonieni tratează procedura cu o neutralitate profesională ridicată. Accentul se pune pe siguranța pacientei și pe alegerea metodei (avortul medicamentos este metoda dominantă, reprezentând peste 80% din cazuri).
- *eficiență digitală* - Sistemul e-rețetă și programările online reduc timpul de așteptare, eliminând stresul legat de birocrație care ar putea afecta claritatea deciziei.

FINLANDA

Finlanda a trecut printr-o reformă legislativă majoră care a intrat în vigoare la 1 septembrie 2023, modificând o lege ce data din 1970. Noul cadru legal pune un accent mult mai clar pe autonomia individuală, eliminând barierele birocratice care solicitau femeilor să prezinte motive sociale pentru întreruperea sarcinii.

1. Protocolul medical și consilierea

Până în 2023, Finlanda era una dintre puținele țări nordice care cerea avizul a doi medici și o justificare validă. Noua Lege a avortului²⁹ a simplificat radical procesul.

- *consilierea* - Nu este obligatorie ca precondiție legală. Totuși, legea stipulează că unitățile de sănătate au obligația de a oferi sprijin psihosocial atât înainte, cât și după procedură. Pacienta are dreptul să refuze acest sprijin dacă se simte sigură pe decizia sa.
- *decizia informată* - Procesul este acum bazat pe cererea proprie a femeii. Nu mai este nevoie de avizul a doi medici pentru sarcinile de până la 12 săptămâni, un singur medic putând autoriza procedura. Informarea medicală se concentrează pe alegerea metodei (peste 95% dintre avorturile din Finlanda sunt medicamentoase).
- *limita de termen* - 12 săptămâni la cerere. Între 12 și 20 de săptămâni (sau 24 în caz de malformații fetale), este necesară aprobarea Autorității Naționale de Supraveghere a Bunăstării și Sănătății.

2. Modalități de decontare

Sistemul finlandez este unul public, bazat pe municipalități (acum organizate în regiuni de servicii de bunăstare).

²⁹ <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/aborttilain-muutokset-tulevat-voimaan>

- *decontare publică* - Avortul este considerat un serviciu medical esențial. Costul este subvenționat de stat, dar pacienta plătește de obicei o taxă de vizită în spital (policlinică).
- *costul pentru pacientă* - Taxa standard este de aproximativ 40 - 50 euro per vizită. Deoarece procedura medicamentoasă implică de obicei 1-2 vizite, costul total este destul de accesibil. Dacă procedura este efectuată în regim de spitalizare, costul este taxa pe zi de spitalizare.
- *acoperirea Kela*³⁰ - Medicamentele administrate în spital sunt incluse în taxa de vizită. Dacă sunt eliberate pe rețetă pentru acasă, sunt parțial decontate de Kela (Instituția de Asigurări Sociale).

3. Impactul asupra deciziei informate

Reforma din 2023 a avut un impact psihologic pozitiv major asupra modului în care femeile iau această decizie.

- *eliminarea justificării* - În vechiul sistem, femeile trebuiau să declare că sarcina le provoacă o „situație de viață dificilă”. Eliminarea acestei cerințe a redus stigmatul și sentimentul de vinovăție, permițând o decizie informată bazată strict pe dorința personală.

- *accesul la consiliere post-avort* - Finlanda excelează în oferirea de suport după procedură. Statul recunoaște că impactul emoțional poate apărea mai târziu, iar serviciile de consiliere rămân deschise fără costuri suplimentare.

- *educație sexuală* - Decizia informată este susținută de o educație sexuală obligatorie și de înaltă calitate în școli, ceea ce face ca pacientele să fie printre cele mai informate din Europa din punct de vedere biologic și contraceptiv.

FRANȚA

Modelul francez este unul de protecție socială maximă și debirocratizare constantă.

1. Protocolul medical și consilierea

Reglementat prin Codul Sănătății Publice³¹, protocolul francez a fost simplificat în ultimii ani.

- *consilierea psihosocială* - Pentru persoanele majore este strict voluntară. Medicul are obligația de a propune o ședință de consiliere, dar pacienta este liberă să o refuze. Pentru minore ședința este obligatorie. O minoră trebuie să parcurgă o ședință de consiliere psihosocială cu cel puțin 48 de ore înainte de procedură.
- *perioada de reflecție* a fost eliminată pentru persoanele de peste 18 ani. În trecut, existau 7 zile de așteptare, dar acum procedura poate fi inițiată imediat după ce consimțământul este semnat.
- *limita de termen* - A fost extinsă de la 12 la 14 săptămâni de sarcină (16 săptămâni de amenoree) pentru avortul la cerere.

³⁰ <https://www.kela.fi/main-page>

³¹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/

- *metode* - Avortul medicamentos este permis în mediul spitalicesc, în cabinete liberale sau prin telemedicină (până la 7 săptămâni de sarcină).

2. Modalități de decontare

Franța aplică un model de solidaritate totală, considerând avortul un act de sănătate publică ce nu trebuie să depindă de resurse financiare.

- *rambursare totală* - Începând cu 2013 pentru procedură și 2016 pentru toate actele conexe (analize, ecografii), avortul este decontat 100% de sistemul de securitate socială³².
- Pacienta nu trebuie să avanseze vreo sumă de bani. Statul plătește direct furnizorul de servicii (spital sau medic), astfel încât costul la punctul de utilizare este zero.
- *anonimatul pentru minore* - Acestea beneficiază de gratuitate totală și de un proces care le garantează anonimatul față de părinți în fluxul de decontare al asigurărilor de sănătate.

3. Impactul asupra deciziei informate

Sistemul francez este construit pentru a valida capacitatea femeii de a decide singură.

- *oferirea de informații* - Medicul este obligat să livreze un ghid practic editat de Ministerul Sănătății, care conține informații tehnice și juridice neutre.
- *rolul Centrelor de planificare* - Acestea oferă un spațiu sigur unde decizia informată este susținută de echipe multidisciplinare, fără presiunea de a justifica alegerea.
- *impactul digital* - Platformele oficiale combat activ dezinformarea (există o lege care pedepsește „delictul de obstrucționare digitală” la adresa avortului).

ITALIA

Modelul italian este definit de Legea 194/1978³³. Avortul este un drept legal, dar exercitarea lui este marcată de bariere procedurale și de fenomenul masiv al „obieției de conștiință”.

1. Protocolul medical și consilierea

Conform legii, procesul de acces la întreruperea de sarcină este structurat pentru a oferi alternative la avort.

- *consilierea obligatorie* - Pacienta trebuie să se adreseze unui centru de sănătate publică sau unui medic de încredere. Centrul are datoria de a ajuta femeia să depășească cauzele care ar putea-o duce la avort,

³² <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/ivg>

³³ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978;194>

oferindu-i sprijin social și economic. După discuție, medicul eliberează un certificat care atestă starea de sarcină și dorința de întrerupere.

- *perioada de reflecție* - Legea impune o perioadă de așteptare obligatorie de 7 zile de la eliberarea certificatului până la procedură. Singura excepție este urgența medicală, caz în care procedura se poate face imediat.
- *limita de termen* - 90 de zile pentru avortul la cerere. După acest termen, este permis doar pentru riscuri grave asupra sănătății fizice sau psihice a femeii sau anomalii fetale.

2. Modalități de decontare

În Italia, avortul este integrat în pachetul de servicii publice esențiale.

- *decontare universală* - Procedura este gratuită pentru toate femeile (inclusiv străini cu sau fără permis de ședere - prin codul STP).
- *acoperire* - Serviciul Sanitar Național (SSN) acoperă integral costurile spitalizării, intervenției chirurgicale sau farmacologice.
- *avortul medicamentos* - Din 2020, printr-o directivă a Ministerului Sănătății, avortul medicamentos poate fi efectuat fără spitalizare obligatorie, ceea ce a crescut accesibilitatea serviciului.

3. Impactul asupra deciziei informate

- *obiecția de conștiință* - Peste 63% dintre ginecologi la nivel național (cu vârful de 80-90% în regiunile sudice ale Italiei) refuză să efectueze procedura.
- *calitatea informării* - Influența grupurilor religioase variază la nivelul țării. Unele regiuni permit prezența asociațiilor „pro-life” în centrele publice pentru a oferi consiliere, ceea ce poate afecta calitatea informațiilor primite de pacientă.

LITUANIA

Spre deosebire de Estonia (care a debirocratizat masiv procesul), Lituania menține un protocol medical mai formal, dar fără barierele ideologice care pot fi întâlnite în Polonia.

1. Protocolul medical și consilierea

În Lituania, avortul este reglementat prin Ordin al Ministerului Sănătății³⁴.

- *consilierea psihologică* - În prezent, consilierea cu un psiholog nu este obligatorie prin lege, dar medicul ginecolog are obligația de a oferi informații detaliate. Totuși, există presiuni politice recurente pentru a introduce o perioadă de așteptare obligatorie.

³⁴ <https://vaikulaisvalaikiopriemones.lt/kada-leistina-daryti-aborta/?srsltid=AfmBOoooUU5C3FVSagr7zgdLenM93q-xQUBiAc9JsAPX0ViHN0oV3hzip>

- *decizia informată* - Medicul trebuie să explice riscurile medicale, consecințele fizice și să informeze pacienta despre posibilitatea de a consulta un psiholog sau un asistent social, dacă aceasta dorește.
- *limita de termen* - Avortul la cerere este permis până la 12 săptămâni. Din motive medicale (risc pentru viața mamei sau malformații fetale), acesta poate fi efectuat până la 22 de săptămâni.

2. Modalități de decontare

Lituania urmează un model similar cu cel al Cehiei, unde responsabilitatea financiară pentru deciziile non-medicale revine pacientei.

- *avortul la cerere* nu este decontat din fondurile publice de asigurări de sănătate. Pacienta trebuie să plătească integral procedura.
- *costuri* - Prețurile în instituțiile publice sunt reglementate, variind de obicei între 80 și 150 euro. În clinicile private, costurile pot fi semnificativ mai mari (300 - 500 euro).
- *decontare totală* - Statul acoperă costurile 100% doar pentru indicații medicale (când sarcina pune în pericol viața femeii sau dacă există patologii fetale severe).
- *metoda* - Avortul medicamentos a fost legalizat și introdus în protocolul clinic relativ recent (2022/2023), ceea ce a diversificat opțiunile de preț și acces.

3. Impactul asupra deciziei informate

Sistemul lituanian pune accentul pe responsabilitatea individuală, dar calitatea informației depinde mult de instituție.

- *rolul medicului* - Deoarece nu există o rețea separată de centre de consiliere (ca în Germania), medicul ginecolog este singura sursă de informare. Acest lucru poate duce la o variație a calității informației în funcție de opiniile personale ale medicului (obiecția de conștiință este permisă, dar instituția trebuie să asigure un alt medic).
- *bariera financiară* - Pentru persoanele cu venituri mici, lipsa decontării poate grăbi decizia sau poate împinge pacientele către metode mai puțin sigure, afectând caracterul "informat" și liber al deciziei.
- *contextul social* - Influența Bisericii Catolice în Lituania este prezentă în discursul public, ceea ce poate crea un climat de presiune socială asupra pacientei în timpul procesului decizional.

POLONIA

Modelul polonez este în prezent cel mai restrictiv din Uniunea Europeană (alături de Malta), fiind rezultatul deciziei Tribunalului Constituțional din octombrie 2020. Astfel, consilierea și decontarea sunt aproape inexistente pentru avortul la cerere, deoarece acesta este ilegal.

1. Protocolul medical și consilierea

În Polonia, avortul este guvernat de Legea privind planificarea familială (1993), modificată prin hotărârea din 2020.

- *statutul legal* - Avortul la cerere este ilegal. Consilierea pentru avort nu există în sistemul public, deoarece procedura este permisă doar în două cazuri:

- dacă sarcina reprezintă o amenințare pentru viața sau sănătatea mamei (inclusiv sănătatea mentală, conform clarificărilor recente din 2024);
 - dacă sarcina este rezultatul unui act ilegal (viol, incest) confirmat de un procuror.
- *impactul asupra consilierii* - Deoarece „ajutorul” la avort este incriminat penal pentru terți (art. 152 din Codul Penal), medicii și psihologii din sistemul public evită adesea să ofere chiar și informații neutre de teamă să nu fie acuzați de „facilitarea” unei proceduri ilegale.
- *decizia informată* - În cazurile de malformații fetale (care reprezentau 98% din avorturile legale înainte de 2020), decizia informată a fost practic eliminată, forțând pacientele să continue sarcina indiferent de diagnostic.

2. Modalități de decontare

Sistemul de decontare reflectă statutul legal al procedurii.

- *decontare publică* - Avortul este 100% decontat de NFZ (*Narodowy Fundusz Zdrowia*) doar dacă se încadrează în cele două excepții legale menționate mai sus.
- *avortul la cerere* - Nu există nicio formă de decontare sau acces legal. Femeile poloneze apelează fie la auto-gestionarea cu pastile prin organizații internaționale (ex. *Abortion Without Borders*), fie la „turism medical” (Cehia, Germania, Austria).
- *costurile turismului medical* - Acestea nu sunt decontate și variază între 500 și 2.000 euro (incluzând călătoria și procedura).

3. Impactul asupra deciziei informate

- *obiecția de conștiință* - Este extrem de răspândită și adesea folosită de spitale, nu doar de medici individuali. Chiar și în cazurile în care viața mamei este în pericol, medicii amână intervenția de teama repercusiunilor legale.
- *dezinformarea* - În lipsa unei consilieri publice neutre, spațiul informațional este ocupat de organizații radicale care afișează imagini

grafice și informații medicale eronate în spațiul public, afectând starea psihică a femeilor aflate în criză.

- *rolul sănătății mentale* (modificare din 2024) - Guvernul a emis norme prin care amenințarea la adresa sănătății mentale (atestată de un psihiatru) este un motiv suficient pentru un avort legal decontat de NFZ.

SLOVENIA

Slovenia deține un statut special în regiunea Balcanilor și a Europei Centrale, fiind singura țară din fosta Iugoslavie care a păstrat intact articolul din Constituție (art. 55) care garantează libertatea de a decide cu privire la nașterea copiilor. Modelul sloven este unul dintre cele mai liberale și bine integrate din Europa, punând un accent imens pe sănătatea publică și accesibilitate.

1. Protocolul medical și consilierea

În Slovenia, avortul este reglementat prin Legea privind măsurile de sănătate în exercitarea libertății de decizie cu privire la nașterea copiilor³⁵.

- *consilierea* - Nu este obligatorie sub formă de ședință de „convingere” sau perioadă de reflecție forțată. Protocolul medical pune accent pe informarea tehnică. Pacienta se adresează medicului ginecolog personal sau unei clinici.

- *comisia de gradul I* - Pentru avorturile efectuate până la 10 săptămâni, decizia aparține exclusiv femeii, după o consultație medicală. Dacă sarcina depășește 10 săptămâni, cazul este evaluat de o comisie medicală (formată dintr-un ginecolog și un asistent social/psiholog), dar abordarea rămâne centrată pe sănătatea și bunăstarea femeii.

- *decizia informată* - Se pune un accent deosebit pe alegerea metodei. Slovenia a fost printre primele țări din regiune care a normalizat avortul medicamentos, acesta fiind acum metoda predominantă.

2. Modalități de decontare

Slovenia urmează modelul nordic de gratuitate aproape totală, considerând sănătatea reproductivă un drept cetățenesc de bază.

- *decontare universală* - Întreruperea sarcinii este 100% decontată de Institutul de Asigurări de Sănătate din Slovenia (ZZZS)³⁶.
- *condiții* - Serviciul este gratuit pentru toate persoanele asigurate (asigurarea obligatorie de sănătate). Aceasta include consultațiile, analizele de laborator, intervenția (medicamentoasă sau chirurgicală) și îngrijirea post-procedură.
- *accesibilitatea* - Procedura poate fi efectuată în spitale publice și centre de sănătate autorizate, fără coplată din partea pacientei.

³⁵ <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=151363>

³⁶ <https://www.zzzs.si/en/>

3. Impactul asupra deciziei informate

- *absența stigmei medicale* - Deoarece dreptul este înscris în Constituție, nu există ambiguități etice în spitale. Medicii tratează procedura ca pe orice alt act medical, ceea ce permite pacientei să ia o decizie informată într-un mediu neutru, lipsit de presiune morală.
- *integrarea cu contracepția* - Decizia informată include obligatoriu consilierea contraceptivă post-avort. Slovenia are una dintre cele mai mari rate de utilizare a contracepției moderne din regiune, ceea ce a dus la o scădere constantă a numărului de avorturi de-a lungul deceniilor.
- *obiecția de conștiință* - Deși permisă prin lege, în Slovenia este extrem de rară și nu reprezintă o barieră sistemică (spre deosebire de Italia sau Croația). Spitalele sunt obligate prin lege să asigure personal care să efectueze procedura.

SPANIA

Modelul spaniol a trecut printr-o transformare profundă odată cu adoptarea Legii nr. 1/2023³⁷. Spania a trecut de la un model care impunea bariere birocratice și de reflecție la unul axat pe eliminarea obstacolelor și garantarea accesului în sistemul public de sănătate.

1. Protocolul medical și consilierea

Actualul cadru legal spaniol este unul dintre cele mai avansate din Europa, punând accent pe eliminarea presiunii asupra pacientei.

- *eliminarea perioadei de reflecție* de 3 zile între consult și procedură. Procedura poate fi efectuată imediat ce pacienta își exprimă consimțământul.

- *consilierea informativă* - Primirea unui plic cu informații despre ajutoarele publice (practică anterioară obligatorie) a devenit acum opțională. Pacienta primește informații doar dacă le solicită în mod expres. Tinerii de 16 și 17 ani pot accesa acum avortul fără a avea nevoie de consimțământul părinților, o schimbare majoră care vizează protejarea autonomiei minorelor.

- *limita de termen* este de 14 săptămâni la cerere. Perioada poate fi prelungită până la 22 de săptămâni pentru cauze medicale grave.

2. Modalități de decontare

Spania garantează gratuitatea procedurii, însă implementarea depinde de Comunitățile Autonome.

- *decontare universală* - Întreruperea voluntară a sarcinii este gratuită și inclusă în portofoliul de servicii comune ale Sistemului Național de Sănătate.

- *finanțare publică în clinici private* - Deși este un serviciu public, o mare parte din avorturi sunt efectuate în clinici private acreditate prin contracte de externalizare cu statul. Statul decontează costul direct către aceste clinici, astfel încât pacienta nu plătește nimic.

³⁷ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>

- Noua lege obligă spitalele publice să creeze secții specializate pentru a asigura efectuarea procedurii cât mai aproape de domiciliul pacientei, reducând dependența de clinicile private și necesitatea deplasărilor lungi³⁸.

3. Impactul asupra deciziei informate

Sistemul spaniol se concentrează pe protejarea procesului decizional împotriva influențelor externe și a blocajelor administrative.

- *Registrul "obiectorilor de conștiință"* - Pentru a preveni situația din Italia, Spania a creat registre de obiectori la nivel regional. Medicii trebuie să se înscrie în registru în avans. Acest lucru permite spitalelor publice să planifice personalul astfel încât dreptul femeii să fie garantat în orice moment.

- *calitatea informației* - Decizia informată este axată pe neutralitate medicală. Prin eliminarea obligației de a citi pliante despre "alternative", statul spaniol recunoaște că majoritatea femeilor sunt deja informate și sigure de decizia lor când ajung la medic.

- *educația și prevenția* - Legea include măsuri stricte pentru educația sexuală și accesul gratuit la metode contraceptive de ultimă generație, corelând decizia informată a avortului cu o strategie mai largă de prevenție.

SUEDIA

Modelul suedez este adesea considerat de experți drept cel mai orientat către autonomie din lume.

Reglementat de Legea avortului³⁹, acest sistem se bazează pe premisa că femeia este singura persoană capabilă să decidă asupra propriului corp, statul având doar rolul de a asigura asistență medicală de înaltă calitate și siguranță.

1. Protocolul medical și consilierea

- *consilierea psihosocială* este strict voluntară. Conform legii, spitalele sunt obligate să ofere consiliere prin intermediul unui asistent social sau psiholog, dar pacienta are dreptul suveran de a o refuza.
- *perioada de reflecție* nu există. Suedia nu impune nicio zi de așteptare forțată. Dacă pacienta este sigură pe decizia sa și există disponibilitate medicală, procedura poate fi demarată imediat.
- *decizia informată* - Se pune un accent masiv pe informarea medicală neutră. Deoarece moașele au un rol central în sistemul suedez, ele sunt cele care conduc adesea procesul de informare și administrare a avortului medicamentos (până la 12 săptămâni), ceea ce face serviciul mai accesibil decât cel existent într-un cadru pur spitalicesc.
- *limita de termen* la cerere este de 18 săptămâni. Între 18 și 22 de săptămâni, este necesară aprobarea Consiliului Național de Sănătate și

³⁸ <https://www.acaive.com/>

³⁹ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/

Bunăstare, de obicei acordată pentru motive sociale sau medicale deosebite.

2. Modalități de decontare

Sistemul suedez de sănătate este descentralizat, fiind administrat de cele 21 de regiuni, dar principiul de bază este universalitatea.

- *decontare publică* - Avortul este subvenționat aproape integral din taxele publice.
- *costul pentru pacientă* - Aceasta plătește doar o taxă standard de vizită la policlinică, care variază între regiuni, de obicei între 200 și 350 SEK (aproximativ 18 - 30 euro).
- *plafonul de protecție* - Există un prag anual pentru costurile medicale; odată ce o persoană a cheltuit aproximativ 1.300 SEK într-un an, toate serviciile medicale ulterioare sunt gratuite.
- *tratament la domiciliu* - Avortul medicamentos la domiciliu este standardul pentru sarcinile timpurii, medicamentele fiind incluse în taxa de vizită sau sunt decontate prin sistemul de farmacii subvenționate.

3. Impactul asupra deciziei informate

- *impactul limitei de 18 săptămâni* - Oferind un termen lung, statul reduce stresul de a grăbi decizia, permițând femeii să exploreze toate opțiunile fără presiunea legii⁴⁰.
- *rolul educației* - Suedia are unul dintre cele mai vechi și mai bune programe de educație sexuală din lume (obligatoriu din 1955). Pacientele sosesc la clinică cu un nivel ridicat de cunoștințe despre corpul lor, ceea ce face ca informarea de la medic să fie o confirmare tehnică.
- *obiecția de conștiință* - În Suedia, obiecția de conștiință nu este recunoscută prin lege pentru personalul medical în cadrul sistemului public. Dreptul pacientei de a primi îngrijiri medicale prevalează asupra credințelor religioase ale angajatului, asigurând un acces uniform în toată țara.

ȚĂRILE DE JOS

Țările de Jos este recunoscută la nivel mondial pentru una dintre cele mai pragmatice și eficiente abordări ale sănătății reproductive. Deși are una dintre cele mai liberale legi, Țările de Jos mențin constant una dintre cele mai scăzute rate de avort din lume, datorită educației sexuale și accesului facil la contracepție.

1. Protocolul medical și consilierea

Recent, au fost adoptat schimbări legislative majore (2023) pentru a elimina barierele considerate învechite.

⁴⁰ <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/abortlagen/>

- *eliminarea perioadei de reflecție (2023)* - Din lege a fost eliminată perioada de așteptare de 5 zile. Astfel, medicul și pacienta decid împreună, de la caz la caz, de cât timp de gândire este nevoie, punând preț pe certitudinea decizională a femeii.
- *consilierea psihologică* - Nu este o procedură forțată de stat. Medicul are datoria de a purta o discuție aprofundată pentru a se asigura că decizia este voluntară și bine chibzuită. Dacă pacienta dorește suport suplimentar, este direcționată către organizații specializate.
- *avortul la medicul de familie* - Din 2023, medicii de familie pot prescrie pastila de avort (pentru sarcini timpurii), anterior aceasta fiind disponibilă doar în clinici specializate.
- *limita de termen* este de 24 de săptămâni (limita viabilității fetale), deși în practică majoritatea clinicilor aplică limita de 22 de săptămâni.

2. Modalități de decontare

Sistemul de plată garantează un grad extrem de ridicat de confidențialitate.

- *gratuitate totală* - Pentru rezidenți, avortul este gratuit.
- *sursa de finanțare* - Spre deosebire de alte intervenții, avortul nu este plătit prin asigurarea de sănătate standard (pentru a nu apărea pe extrasul de cont / franciza anuală), ci este finanțat direct de Ministerul Sănătății prin Legea WZ (*Wet langdurige zorg*)⁴¹.
- *confidențialitate maximă* - Acest sistem de finanțare directă permite femeilor (inclusiv tinerelor care sunt înregistrate pe asigurarea părinților) să acceseze serviciul fără ca familia sau partenerul să afle acest lucru prin documentele de asigurare.

3. Impactul asupra deciziei informate

Se pune accent pe calitatea suportului decizional, chiar dacă acesta nu este obligatoriu.

- *modelul "Fiom"* - aceasta este principala structură de stat care oferă consiliere neutră.
- *decizia informată prin educație* - Impactul major nu vine din consilierea de la clinică, ci din faptul că cetățenii sunt educați să privească contracepția ca pe o responsabilitate partajată. Decizia informată este, deci, rezultatul unei educații pe termen lung, nu al unei crize de moment.
- *accesibilitatea clinicilor* - În Țările de Jos funcționează o rețea de clinici specializate (clinicile *Stimezo*) care oferă un mediu mult mai specializat decât spitalele generale, optimizând confortul psihic al pacientei.

⁴¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035254/2020-01-01>

UNGARIA

Modelul maghiar a suferit transformări semnificative în ultimii ani, evoluând spre un sistem care, deși menține legalitatea procedurii, introduce bariere birocratice și psihologice menite să descurajeze întreruperea sarcinii. Este un model de „descurajare asistată”, unde statul intervine activ în procesul decizional al femeii.

1. Protocolul medical și consilierea

Reglementat prin Legea LXXIX din 1992 privind protecția vieții fetale, protocolul a fost modificat printr-un decret adoptat în septembrie 2022⁴².

- *consilierea obligatorie* (în doi pași) - Pacienta trebuie să participe la două sesiuni de consiliere obligatorii la Serviciul de Protecție a Familiei, conduse de un asistent social. În prima sesiune se oferă informații despre ajutoarele de stat, adopție și riscurile procedurii. A doua sesiune are loc după perioada de reflecție, pentru a confirma decizia.

- *protocolul „bătăilor inimii”* - Începând cu anul 2022, medicul este obligat prin lege să prezinte pacientei semnele vitale ale fătului (de obicei prin ascultarea bătăilor inimii la ecograf) înainte de a elibera certificatul necesar procedurii. Acesta este un element de presiune psihologică explicită integrat în protocolul medical.
- *perioada de reflecție* - Există o perioadă de așteptare obligatorie de 3 zile lucrătoare între cele două sesiuni de consiliere.
- *limita de termen* - 12 săptămâni la cerere (extinsă la 18 săptămâni în condiții speciale, precum lipsa discernământului sau erori medicale).

2. Modalități de decontare

Sistemul maghiar nu oferă gratuitate universală pentru avortul la cerere, utilizând prețul ca instrument de reglementare.

- *avortul la cerere* nu este gratuit. Pacienta trebuie să plătească o taxă fixă stabilită de stat, care este de aproximativ 28.500 HUF (75-80 euro).
- *reduceri și excepții* - Persoanele aflate în dificultate financiară deosebită pot beneficia de o reducere de 50% sau 100% din taxă, în funcție de venitul pe membru de familie.
- *decontare totală* - Procedura este gratuită doar dacă este necesară din motive medicale (risc pentru viața mamei, malformații fetale grave) sau dacă sarcina este rezultatul unei infracțiuni.
- *metoda utilizată* - Ungaria rămâne una dintre puținele țări din UE unde avortul medicamentos nu este legalizat/disponibil în spitalele publice, procedura chirurgicală (chiuretajul sau aspirația) fiind singura opțiune standard.

3. Impactul asupra deciziei informate

- *problema etică* - Obligația de a asculta bătăile inimii fătului este criticată de organizațiile pentru drepturile omului ca fiind o încălcare a demnității

⁴² <https://njt.hu/jogszabaly/1992-32-20-3D>

femeii și o formă de tortură psihologică care distorsionează natura informării medicale neutre.

- *accesul la servicii* - Deși procedura este legală, numărul locurilor unde se efectuează procedura a scăzut în anumite regiuni ale țării.
- *stigmatizarea* - Consilierea obligatorie este adesea raportată de pacienți ca fiind umilitoare sau orientată spre culpabilizare, ceea ce poate afecta capacitatea de a lua o decizie informată calmă și rațională.

WEBOGRAFIE

- <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BJNR113980992.html>
- <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/>
- <https://gesund.bund.de/>
- <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BJNR113980992.html>
- https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf
- https://www.researchgate.net/publication/14459159_The_therapeutic_community_Toward_a_general_theory_and_model/link/02e7e53207f028937e000000/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
- <https://www.ansirh.org/research/ongoing/turnaway-study>
- <https://www.congress.gov/crs-product/IF12167>
- <https://www.guttmacher.org/news-release/2025/guttmacher-institute-releases-full-year-us-abortion-data-2024>
- <https://www.guttmacher.org/reproductive-health-impact-study>
- <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/contents>
- https://scholar.google.ro/scholar_case?case=12551265338047646048&hl=en&as_sdt=6&as_vis=1&oi=scholar
- <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>
- <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/288/index.do>
- https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/
- <https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>
- <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/info/schwangerschaftsabbruch.html>

- <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-dans-des-centres-specialises/grossesse-non-desiree>
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66>
- <https://www.vzp.cz/>
- <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>
- <https://moedrehjaelpen.dk/forside/nyheder/abort-alliance-den-offentlige-samtaler-afgoerende-for-retten-til-fri-abort/>
- <https://www.riigiteataja.ee/akt/RKSS>
- <https://tervisekassa.ee/en>
- <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/aborttilain-muutokset-tulevat-voimaan>
- <https://www.kela.fi/main-page>
- https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/
- <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/ivg>
- <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978;194>
- <https://vaikulaisvalaikiopriemones.lt/kada-leistina-daryti-aborta/?srsltid=AfmBOoooUU5C3FVSagr7zgdLenM93q-xQUBiAc9JsAPX0ViHN0oV3hzp>
- <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=151363>
- <https://www.zzzs.si/en/>
- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>
- <https://www.acaive.com/>
- https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/
- <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/abortlagen/>
- <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035254/2020-01-01>
- <https://njt.hu/jogszabaly/1992-32-20-3D>